

平成23年8月

厚生労働省保険局医療課  
課長 鈴木 康裕 様

社団法人 日本理学療法士協会  
会長 半田 一登

社団法人 日本作業療法士協会  
会長 中村 春基

日本言語聴覚士協会  
会長 深浦 順一

#### リハビリテーション供給体制の見直しについて

日頃より我々の活動にご理解をいただき心より感謝しております。

平成22年度の診療報酬改訂では、リハビリテーションにつきましては高い評価をいただきました。その期待に報いるためにリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）としては努力をしているところです。

我々3団体は、平成24年改定に向けて、広く国民へのサービスの普及を念頭に置いた検討を重ねてまいりました。今回はリハビリテーション提供体制と医療保険と介護保険の連携に重点を置いた要望とさせていただきました。

ご検討のほどをお願い申し上げます。

# 平成24年度診療報酬改定要望書

## I. 国民への質の高いリハビリテーションの提供

### (1) 疾患別リハビリテーション料の統一について（資料I－(1)）

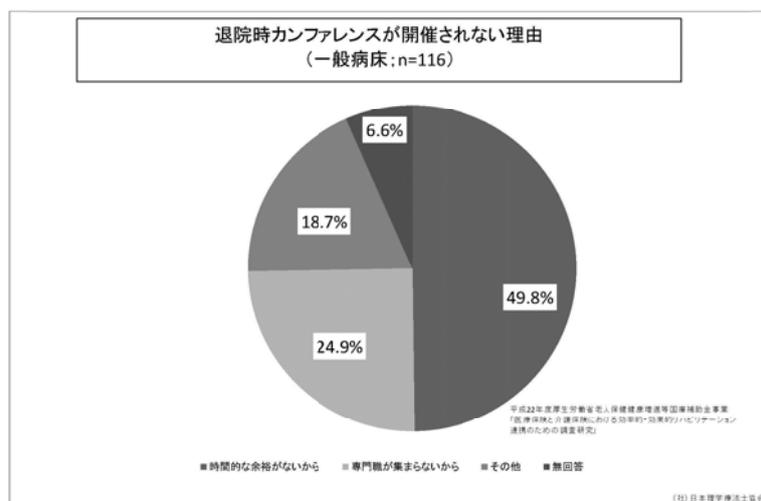
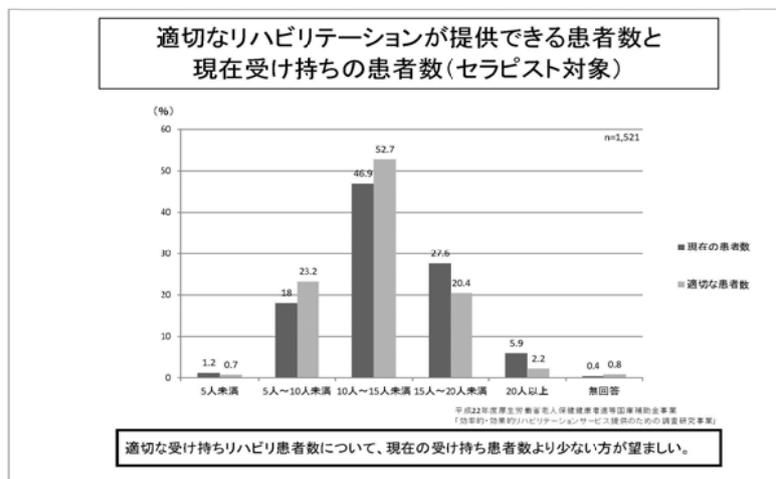
疾患毎のリハビリテーション料の差異は臨床現場や利用者にさまざまな混乱を引き起こしています。また、理学療法士や作業療法士そして言語聴覚士が提供する技術には施設基準によって差がありません。

以上の事から、患者にとって分かりやすい医療提供体制の確立と効果的なリハビリテーションサービスを公平に提供することを目的として、別表のようなリハビリテーション料の見直しを要望します。

(2) リハビリテーション料の単位制限の見直しについて

リハビリテーション料は1人の施術者に対して、1日当たり18単位を標準として、最大24単位、週108単位を上限とされています。しかし、今日の365日リハビリテーションの導入等でこの制限は運用が困難な状況です。また、この単位制によってリハビリテーション3職種のカンファレンス参加が非常に困難になっています。

以上の事から、1日上限24単位及び週108単位を廃止し、「1日18単位を標準」のみとするを要望します。



(3) がん患者リハビリテーション料施設基準取得のための研修会について

(資料 I - (3))

現行の施設基準の人員は、当該研修会にチームで参加して修了することが要件となっています。加えて、研修会参加者のみが請求できるものとなっており、そのメンバーが 1 名でも欠けた場合は、施設基準維持が不可となっています。また、スタッフの異動の多い病院では、欠員となる場合もあり、施設基準維持が非常に困難な状況となっております。

以上のことから、研修受講後の伝達講習を義務付ける等により施設基準取得研修会の受講認定は、参加した個人ではなく、病院単位の認定とすることを要望します。

(4) 外来でのがん患者リハビリテーション料の算定について

がん患者リハビリテーション料の算定は入院中のみとなっていますが、それだけの対応では必ずしも十分ではありません。例えば、乳がん術後の肩関節機能障害・肺がんによる呼吸理学療法・消化器がんによる体力低下等、外来リハビリテーションの継続による機能維持・向上、復職・復学の支援等が望まれています。

以上の事から、外来でのがん患者リハビリテーション料の算定が可能となることを要望します。

(5) 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションについて（資料Ⅰ－（5））

現在の緩和ケア診療加算では、疼痛・倦怠感・呼吸困難等の身体的症状又は不安・抑うつなどの精神症状を持つ者に行うことが謳われています。しかし、身体機能・生活活動レベルの低下を認める患者に対しては緩和ケア病棟であっても積極的にリハビリ支援を行う事が重要です。

以上の事から、緩和ケア病棟におけるリハビリテーション実施体制が普及するよう、リハビリテーション料の出来高算定を要望します。

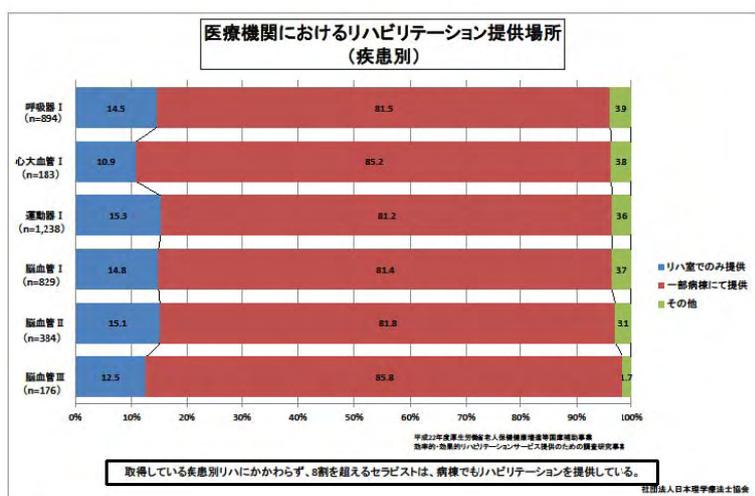
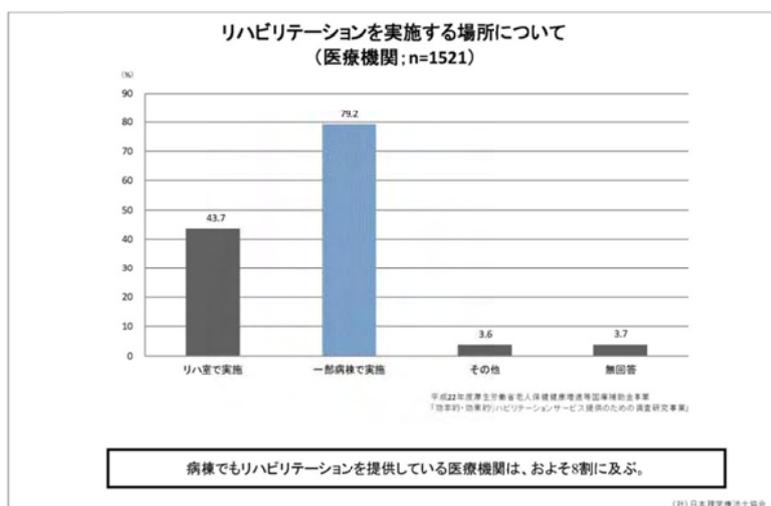
なお、本要望に関しては、日本緩和医療学会からも賛同が得られています。（詳細は添付の賛同書をご覧ください。）

## Ⅱ. 急性期リハビリテーションの更なる充実

### (1) 施設基準の緩和について（資料Ⅱ－（1））

急性期リハビリテーションの充実により、安全に早期離床を推進することが在院日数の短縮をもたらします。次第に、急性期リハビリテーションは病棟や病床で実行される頻度が高くなり、機能訓練室の使用頻度は減ってきています。しかし、疾患別リハビリテーションの報酬設定では機能訓練室の面積も必要条件となっており、都市部急性期病院では施設基準を満たす面積を確保できない現状があります。

以上の事から、DPC 病院での施設基準（機能訓練室の面積）の緩和を要望します。



(2) 術前リハの算定について

術前リハビリテーションの実施は、術後早期の離床による入院期間の短縮のみならず、術後合併症の予防、いわゆる2次障害の予防及び早期解消をもたらし、患者の利益と社会資源の有効な使用に関与します。

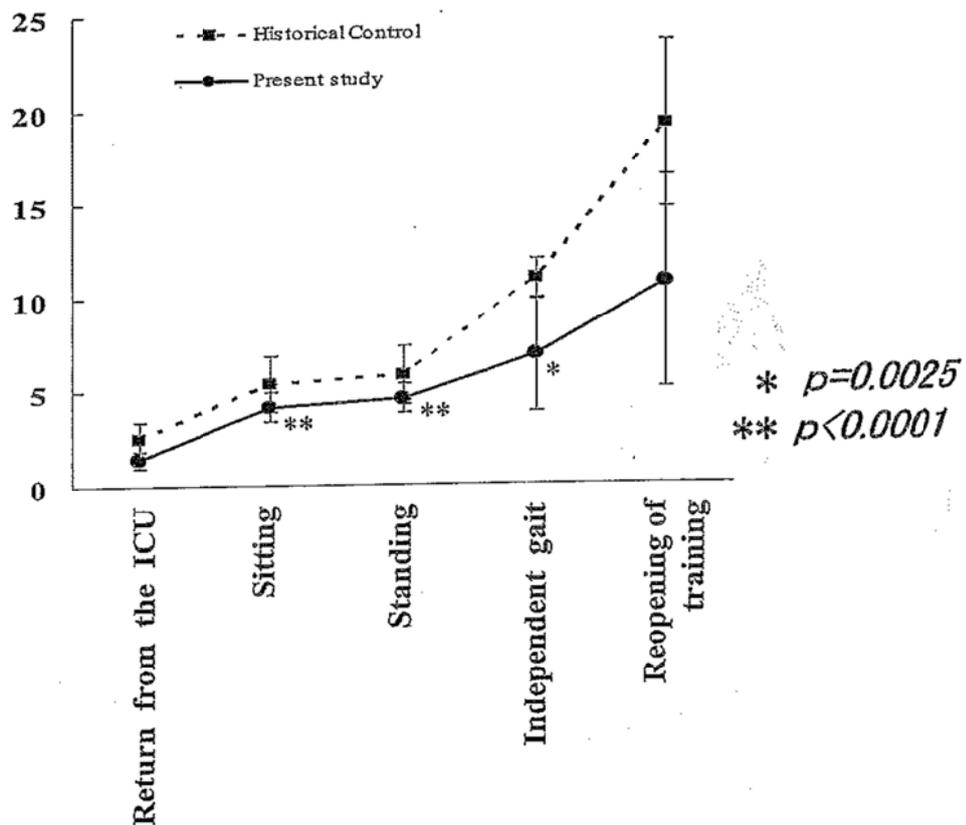
以上の事から、術前リハビリテーションに対する評価(起算日等)を要望します。

術前の心肺機能強化トレーニングによる術後の回復過程

Fig. 4 The process of the recovery after operation

The recovery process after operation was examined. The results are shown as the mean  $\pm$  SD. \*\*Significantly different from historical controls ( $p < 0.0001$ ), ( $p < 0.0001$ ). \*Significantly different from historical controls ( $p = 0.0025$ ).

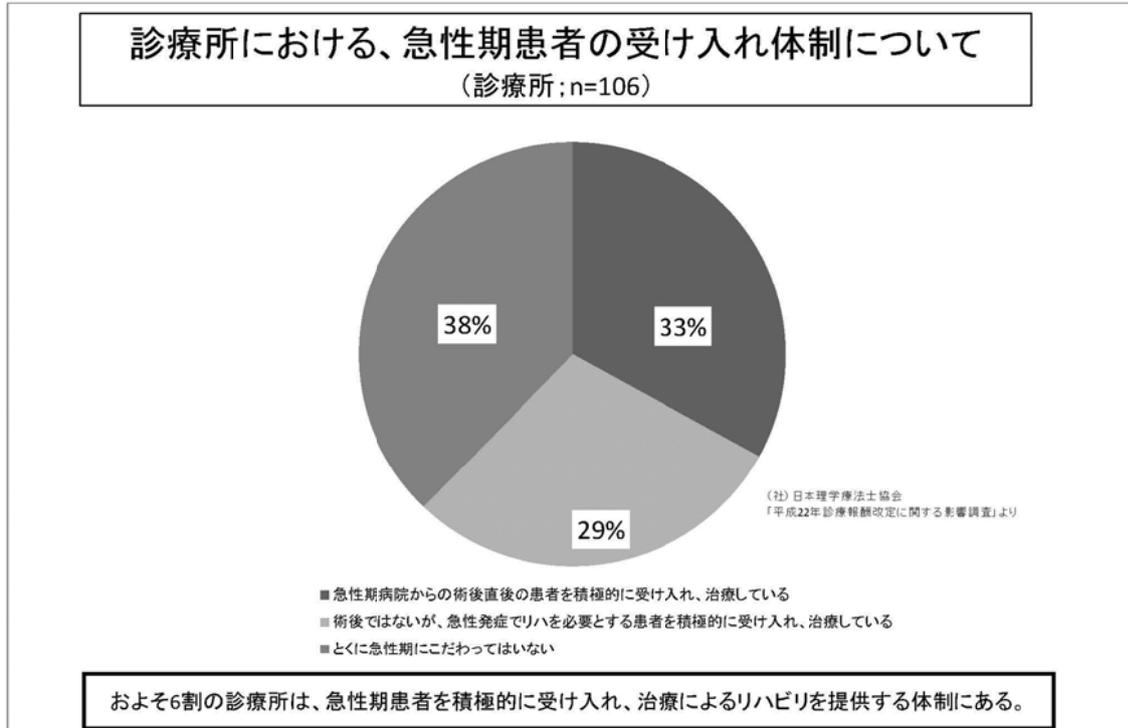
(postope-day)



(3) 運動器リハビリテーション料Ⅰ施設における外来算定要件の変更について

運動器リハビリテーション料Ⅰは、急性発症した運動器疾患又は、手術後の入院患者を対象としておりますが、外来移行時には同リハビリテーション料Ⅱの診療報酬点数を算定することになっております。しかし実際には、入院中同様にリスク管理が求められる患者の多くが外来を利用しています。加えて外来では早期加算（45点）の算定ができません。このような状況が続けば、医療者側の外来患者受け入れの敬遠が強まり、退院後も適切な介入が必要な患者へのリハビリ機会が減少する可能性が考えられます。

以上の事から、運動器リハビリテーション料Ⅰの施設においては、外来においても運動器リハビリテーション料Ⅰのままの診療報酬が算定できるような見直しを要望します。



(4) 在宅急性期及び亜急性期患者に対する診療所リハビリテーションの充実について

(資料Ⅱ－(4))

全体のリハビリテーション提供体制を見た時に、在宅急性期患者(算定日数内患者)へのリハビリテーション提供体制が十分ではない状況にあります。中には維持期リハビリテーションに組み込まれて、リハビリテーションそのものを拒否することも少なくありません。在院日数の短縮に伴う、急性期在宅者へのリハビリテーション供給体制がまったく不足しています。

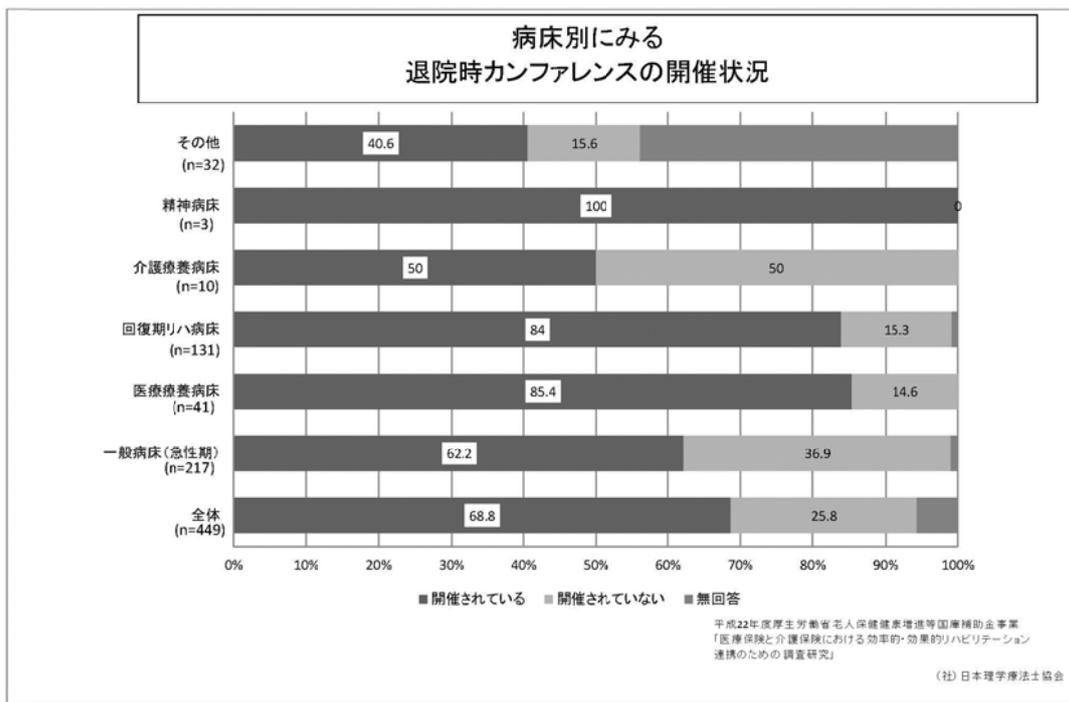
以上の事から、在宅者への急性期及び亜急性期リハビリテーション対応型診療所ないしは有床診療所の評価が必要と考えます。そのためには現在の施設基準の見直しを含めた検討をお願いいたします。

### Ⅲ. 医療保険・介護保険の連携強化

#### (1) 回復期リハビリテーション病棟での地域連携加算について

急性期医療機関から退院後の保険診療を担う医療機関、介護老人保健施設、在宅サービス機関への情報提供に関して地域連携診療計画管理料が設定されています。回復期リハビリテーション病棟からの情報提供に関しては回復期リハビリテーション病棟入院料に包含されています。しかし、在宅に向けた情報提供は重要であり、退院後も介護支援専門員に対する情報提供が必要になってきております。

以上の事から、退院後一定期間のリハビリテーションマネジメントの充実を図るために回復期リハビリテーションにも地域連携加算の新設を要望します。



(2) 回復期病棟リハビリテーションでの退院時訪問指導料について（資料Ⅲ－（2））

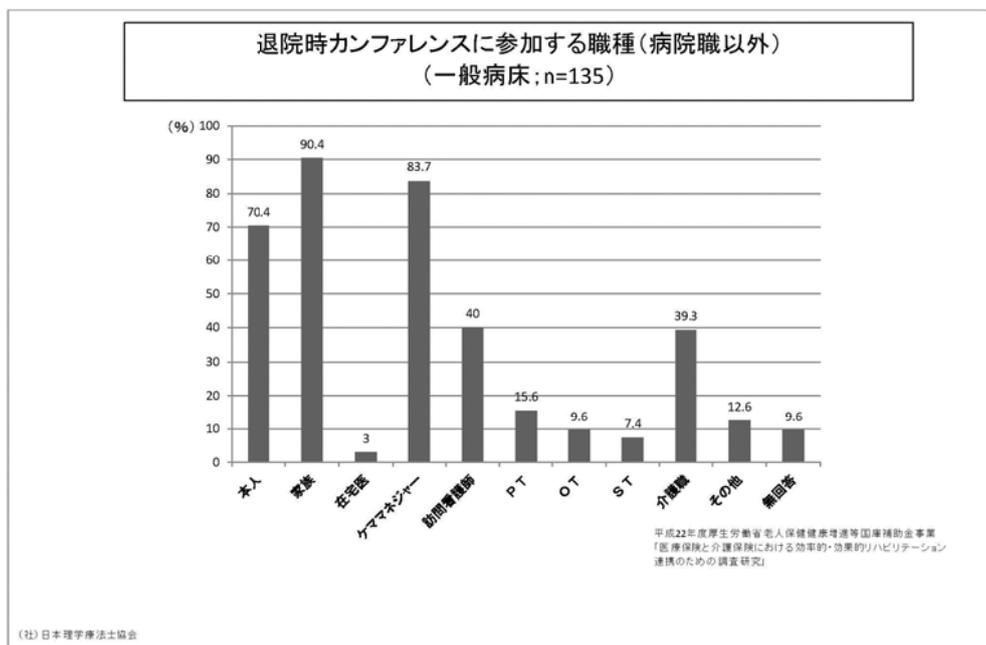
回復期リハビリテーション病棟からの自宅退院をより安心して安全なものとするために、退院時における退院時訪問指導は不可欠です。回復期リハビリテーション病棟は自宅退院を目的とした病棟であり、受け入れ側の環境の評価や指導を行うことは重要です。

以上の事から、回復期リハビリテーション病棟での退院時訪問指導料の新設を要望します。

(3) 退院時カンファレンス加算について

医療保険と介護保険の連携にカンファレンスが有効であることは実証されています。しかし、様々な調査では有機的なカンファレンスが行われていない状況も確認されています。また、リハビリテーション料に単位制度が導入されて以来、リハビリテーション専門職の参加が困難になっています。

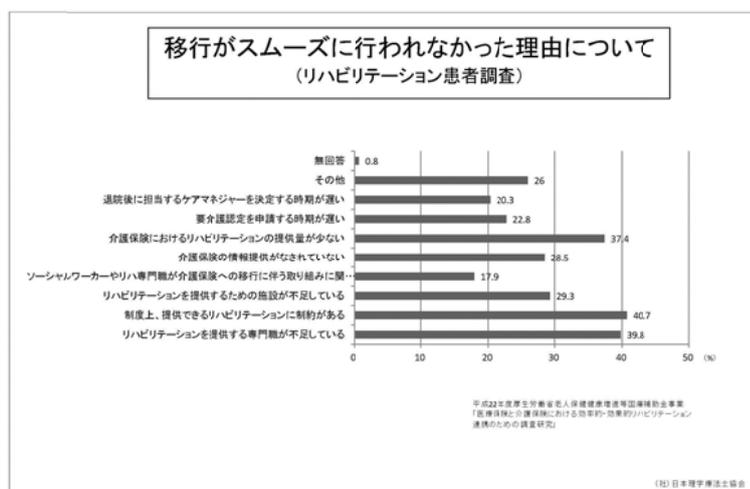
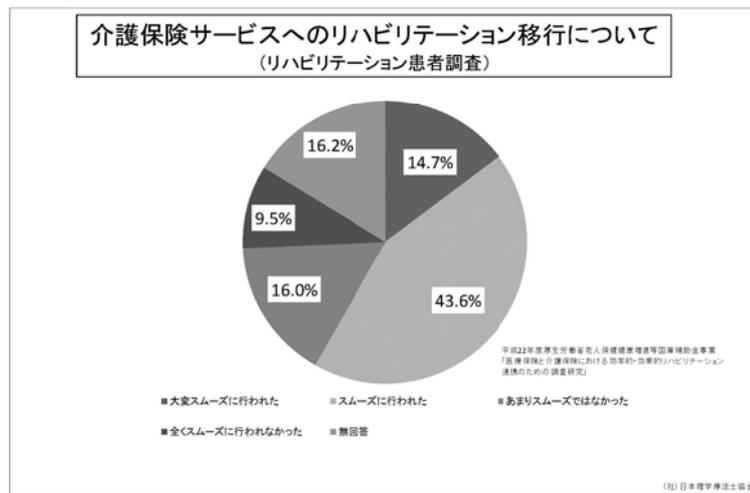
以上の事から、医療保険分野でのカンファレンスに介護支援専門員等が参加した場合、そして退院直後の介護保険分野でのカンファレンスに医療関係者が参加した場合にのみ、退院時カンファレンスとして評価することを要望します。



(4) 算定日数制限超えの月13単位の継続について

先の介護報酬改定での短時間通所リハビリテーション等設置により、維持期リハビリテーションを受ける機会は飛躍的に増えたと考えております。しかし、その後の我々の調査結果では利用者の反応は十分とは言えません。そこには医療保険分野と介護保険分野におけるリハビリテーションの質・量に大きな差があることに起因していると考えられます。

大きな流れとして、維持期リハビリテーションを介護保険に移行することにつきましては概ね理解しておりますが、現状を鑑み月13単位制の継続を要望します。



## 〔疾患および施設基準別リハビリ料〕

	脳血管	運動器	呼吸器	心大血管
総合リハ	250	—	—	—
I	210	210	210	210
II	170	170	170	170
III	100	80	—	—

## 〔施設基準〕

## 【脳血管疾患リハ】

総合リハ	理学療法士が5名以上、作業療法士が3名以上、言語聴覚士が1名以上、合わせて10名以上勤務していること。
I	理学療法士が1名以上、作業療法士が1名以上、言語聴覚士が1名以上、合わせて4名以上勤務していること。
II	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかが2名以上勤務していること。
III	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかが1名以上勤務していること。

## 【運動器リハ】

I	理学療法士、作業療法士が合計4名以上勤務していること。
II	理学療法士が2名以上、又は作業療法士が2名以上、又は理学療法士と作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。
III	理学療法士又は作業療法士のいずれか1名以上勤務していること。

## 【呼吸器リハ】

I	経験を有する理学療法士1名を含む理学療法士又は作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。
II	理学療法士又は作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。

## 【心大血管リハ】

I	経験を有する理学療法士又は看護師等が合わせて、4名以上勤務していること。
II	経験を有する理学療法士又は看護師が合わせて、又はいずれか一方が2名以上勤務していること。

## 平成22年度がん患者リハビリテーション研修会実施状況

主催 がんのリハビリテーション研修会合同委員会

構成団体 日本リハビリテーション医学会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会  
日本言語聴覚士協会、日本リハビリテーション看護学会、日本がん看護学会

## 第1回研修会

期 日 平成22年7月10日(土) 11日(日)  
会 場 昭和大学医学部附属看護専門学校(東京都品川区)  
参加者数 192名(48施設)

## 第2回研修会

期 日 平成22年8月21日(土) 22日(日)  
会 場 福岡国際医療福祉学院(福岡県福岡市)  
参加者数 192名(48施設)

## 第3回研修会

期 日 平成22年12月11日(土) 12日(日)  
会 場 兵庫医療大学(兵庫県神戸市)  
参加者数 192名(48施設)

## 第4回研修会

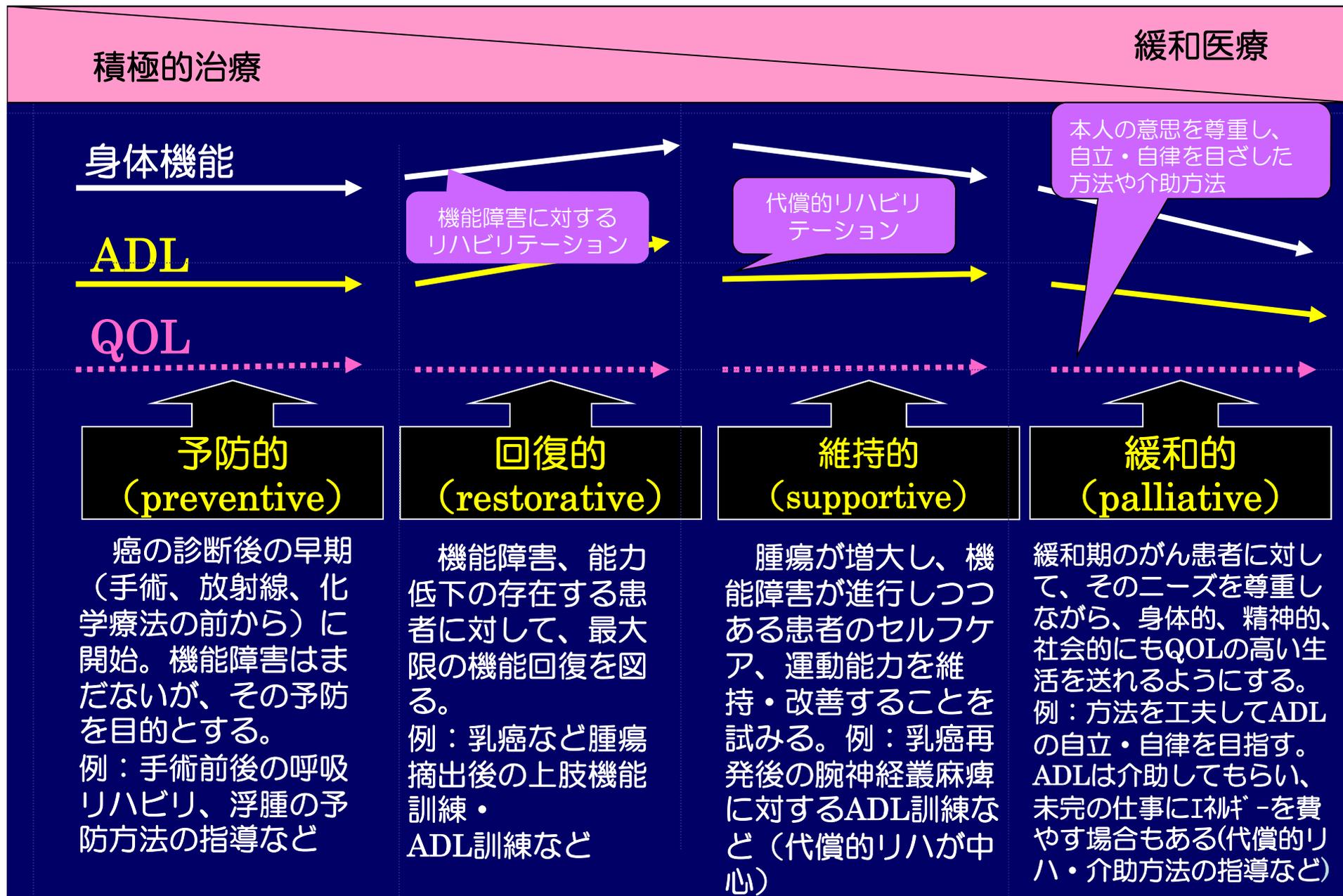
期 日 平成23年2月26日(土) 27日(日)  
会 場 昭和大学医学部附属看護専門学校(東京都品川区)  
参加者数 168名(42施設)

## その他研修会

主 催 山口県リハビリテーション研究会、社団法人山口県理学療法士会  
後 援 社団法人山口県作業療法士会、山口県言語聴覚士会  
期 日 平成23年3月19日(土) 20日(日)  
会 場 専門学校YICリハビリテーション大学校(山口県宇部市)  
参加者数 102名(14施設)

平成22年度研修受講施設数 200施設

# 各期におけるリハビリテーションアプローチの内容 ～Dietzの分類とその例～



## リンパ浮腫を含む終末期浮腫

⇒症状や禁忌事項に注意しながら、複合的治療（複合的理学療法）に準じたスキンケア、圧迫、用手ドレナージ、運動などのアプローチを行う。

## 日常生活活動の障害、日常生活関連活動の障害

⇒体力が消耗している場合には、省エネルギーの動作方法を選択し、身体機能に障害がある場合は、残存機能を活用し、動作方法を工夫したり、福祉用具・自助具を導入し、自己実施を支援する。



滑り止めネットの導入

ペットボトルの開け閉めの工夫



爪切り方法の提案

## 摂食・嚥下障害に対するアプローチ

### ・緩和期の摂食・嚥下障害

腫瘍の浸潤や圧迫に伴う神経筋障害など原病進行に起因するもの、放射線療法で生じる咽喉頭浮腫など治療によるもの、全身衰弱に起因するもの、などがある。

⇒誤嚥やそれに伴う肺炎などによる苦痛を避けるため、緩和期においてもなるべく安全に経口摂取ができるよう評価・訓練・助言・指導を行う。

## コミュニケーション障害に対するアプローチ

### ・緩和期のコミュニケーション障害

頭頸部がんや脳腫瘍の原病進行や転移により、器質的・機能的な構音障害・音声障害、失語症などの高次脳機能障害が増悪することがある。

⇒これらの原因によって生じるコミュニケーション障害に対して、家族や周囲の人々と意思疎通可能なコミュニケーションルートの確保を目的に、評価・訓練・助言・指導を行う。

平成 23 年 3 月 25 日

社団法人 日本作業療法士協会  
会長 中 村 春 基 殿  
社団法人 日本理学療法士協会  
会長 半 田 一 登 殿  
一般社団法人 日本言語聴覚士協会  
会長 深 浦 順 一 殿

特定非営利活動法人  
日本緩和医療学会  
理事長 恒藤 暁



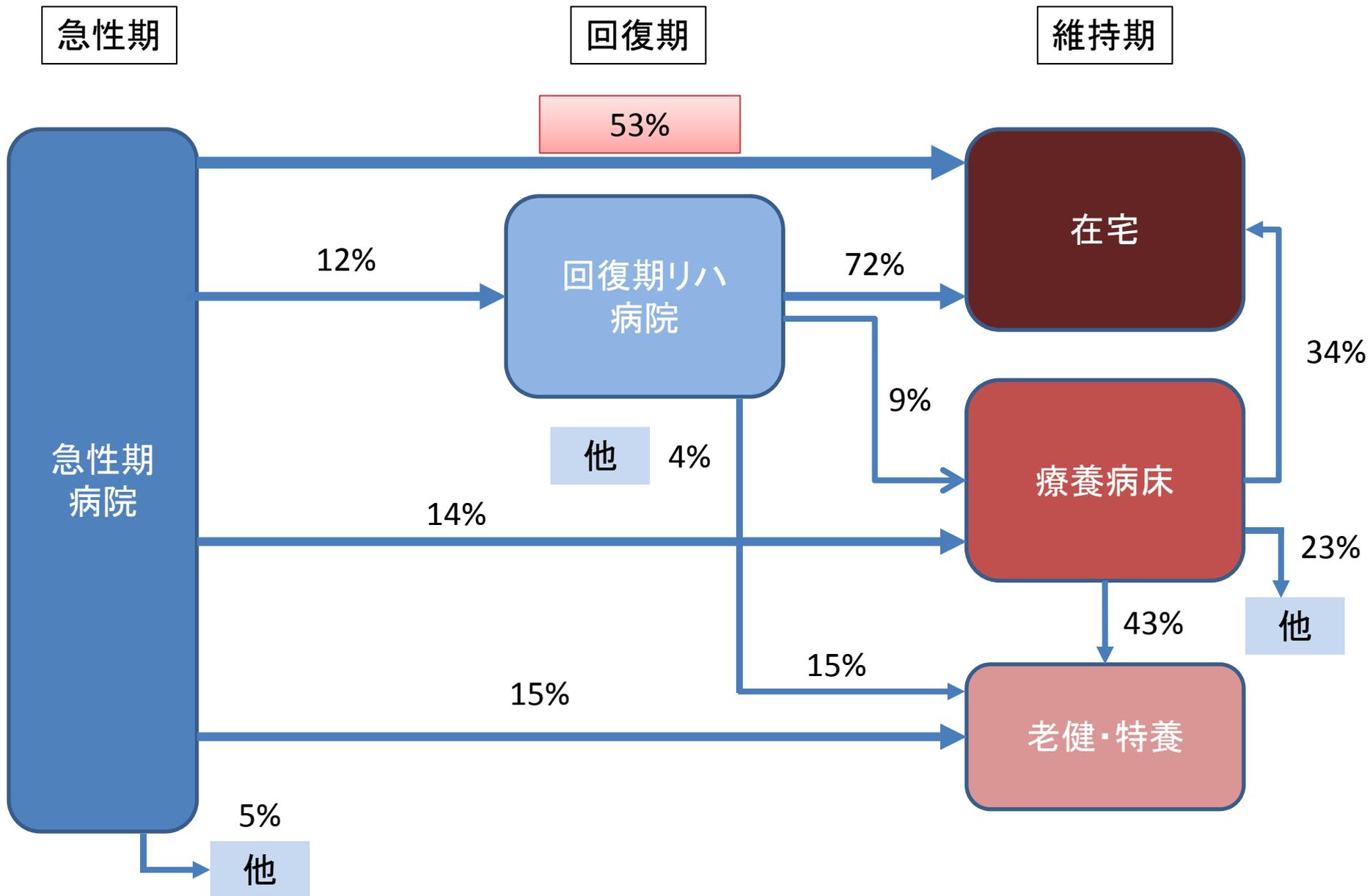
#### 緩和ケア病棟におけるリハビリテーション料の出来高算定について

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会は、緩和期のがん患者に対して、そのニーズを尊重しながら、身体的・精神的・社会的にも質の高い生活を送ることができるように支援するリハビリテーションセラピスト（作業療法士・理学療法士・言語聴覚士）の果たす役割の重要性を鑑み、緩和ケア病棟（医科診療報酬点数表 第 1 章 基本診療料 第 2 部 入院料等 第 3 節 特定入院料 A310 緩和ケア病棟入院料）において、リハビリテーションを必要とする患者については、リハビリテーション料の出来高算定に賛同する。

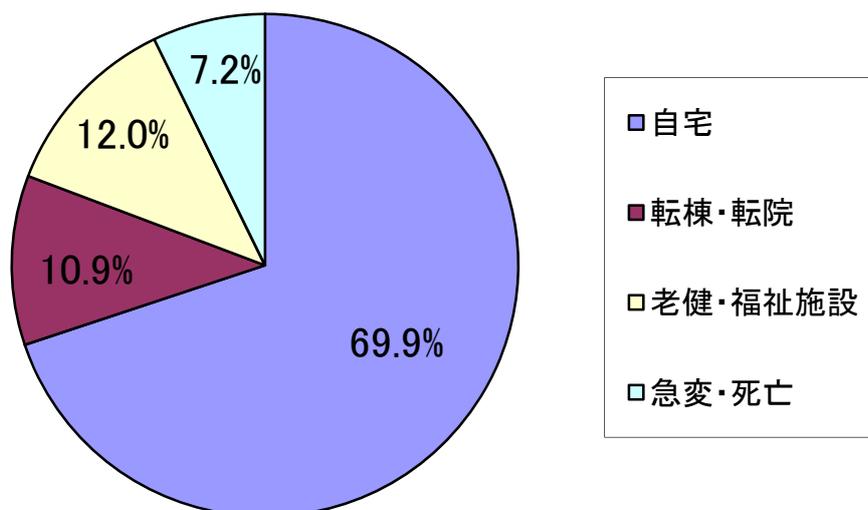
## DPC 病院でのリハビリ料に関わる施設基準（案）

	(現行)	(DPC のみ)
脳血管リハ (Ⅰ)	160㎡以上	100㎡以上
(Ⅱ)	100㎡以上	70㎡以上
(Ⅲ)	100㎡以上	70㎡以上
心大血管 (Ⅰ)	30㎡以上	現行のとおり
(Ⅱ)	30㎡以上	現行のとおり
運動器リハ (Ⅰ)	100㎡以上	70㎡以上
(Ⅱ)	100㎡以上	70㎡以上
(Ⅲ)	45㎡以上	現行のとおり
呼吸器リハ (Ⅰ)	100㎡以上	70㎡以上
(Ⅱ)	45㎡以上	現行のとおり
がん患者リハ	160㎡以上	70㎡以上

# 患者の流れ —死亡退院を除く—



退院経路構成割合（％）



家屋調査に同行するスタッフ（有効病棟数：674）

	有効数	％
医師＋リハスタッフ＋SW＋看護師＋ケアマネ	7.0	1.0
医師＋リハスタッフ＋SW＋看護師	2.0	0.3
医師＋リハスタッフ＋SW＋ケアマネ	4.0	0.6
医師＋リハスタッフ＋SW	4.0	0.6
医師＋リハスタッフ＋看護師＋ケアマネ	1.0	0.1
医師＋リハスタッフ＋看護師	1.0	0.1
リハスタッフ＋SW＋看護師＋ケアマネ	127.0	18.8
リハスタッフ＋SW＋看護師	56.0	8.3
リハスタッフ＋SW＋ケアマネ	194.0	28.8
リハスタッフ＋SW	81.0	12.0
リハスタッフ＋看護師＋ケアマネ	27.0	4.0
リハスタッフ＋看護師	9.0	1.3
リハスタッフ＋ケアマネ	75.0	11.1
リハスタッフのみ	80.0	11.9
SWのみ	3.0	0.4
ケアマネ	3.0	0.4

退院に向けての家屋調査の実施割合

	0割	～1割	～2割	～3割	～4割	～5割	～6割	～7割	～8割	～9割	～10割	合計
有効病棟数	12.0	79.0	67.0	55.0	35.0	37.0	25.0	50.0	66.0	115.0	92.0	634.0
％	1.9	12.5	10.6	8.7	5.5	5.8	3.9	7.9	10.4	18.1	14.5	100.0